

問 診 票

年 月 日

氏名 (才)血液型(型)生年月日 T.S.H.R 年 月 日

住所〒 電話 ()
携帯電話 ()

勤務先の名称 紹介者
電 話 ()

1 当院は初めてですか 初めて、前に来たことがある(約 年前)

2 どうなさいましたか？ 歯が痛い、歯肉がはれた、冷熱がしみる、
つめもの・かぶせものが取れた、口臭がする
義歯を作りたい、あごの関節が痛い、歯を白くしたい
歯並びが気になる、口の衛生指導を受けたい
その他()

3 麻酔をしたことは ある、ない その時異状が あった、なかった

4 抜歯をしたことは ある、ない その時異状が あった、なかった
血が止まりにくかったことは ある、ない

5 現在の健康状態は 心臓病、肝臓病、胃腸病、腎臓病、糖尿病、血液病
健康 高血圧、低血圧、リウマチ、ぜんそく、じんましん
持病がある 脳血管障害、女性の場合妊娠 ヶ月
その他()
薬やその他のアレルギーは ない、ある()

6 現在服用中の薬 ない、ある(薬の名前)

7 習慣 たばこ1日()本 ガム・アメ (よく食べる・食べない)
甘いもの (毎日・時々・ほとんど食べない)
よくするスポーツ・運動()
いびきをかくことがありますか (ある・時々・ない)
歯ぎしりをすると言われますか (ある・時々・ない)
集中したりスポーツの時に歯をくいしばることがありますか (ある・時々・ない)

8 診療費について 健康保険の範囲でなおしたい
保険以外の治療についても説明を聞きたい(自費診療)

当院では診療内容について、詳しくご説明(インフォームドコンセント)いたします。

ご納得のいくまでお気軽にお尋ね下さい。

歯のクリーニングさせて頂いております。(3800円から)

山田歯科医院